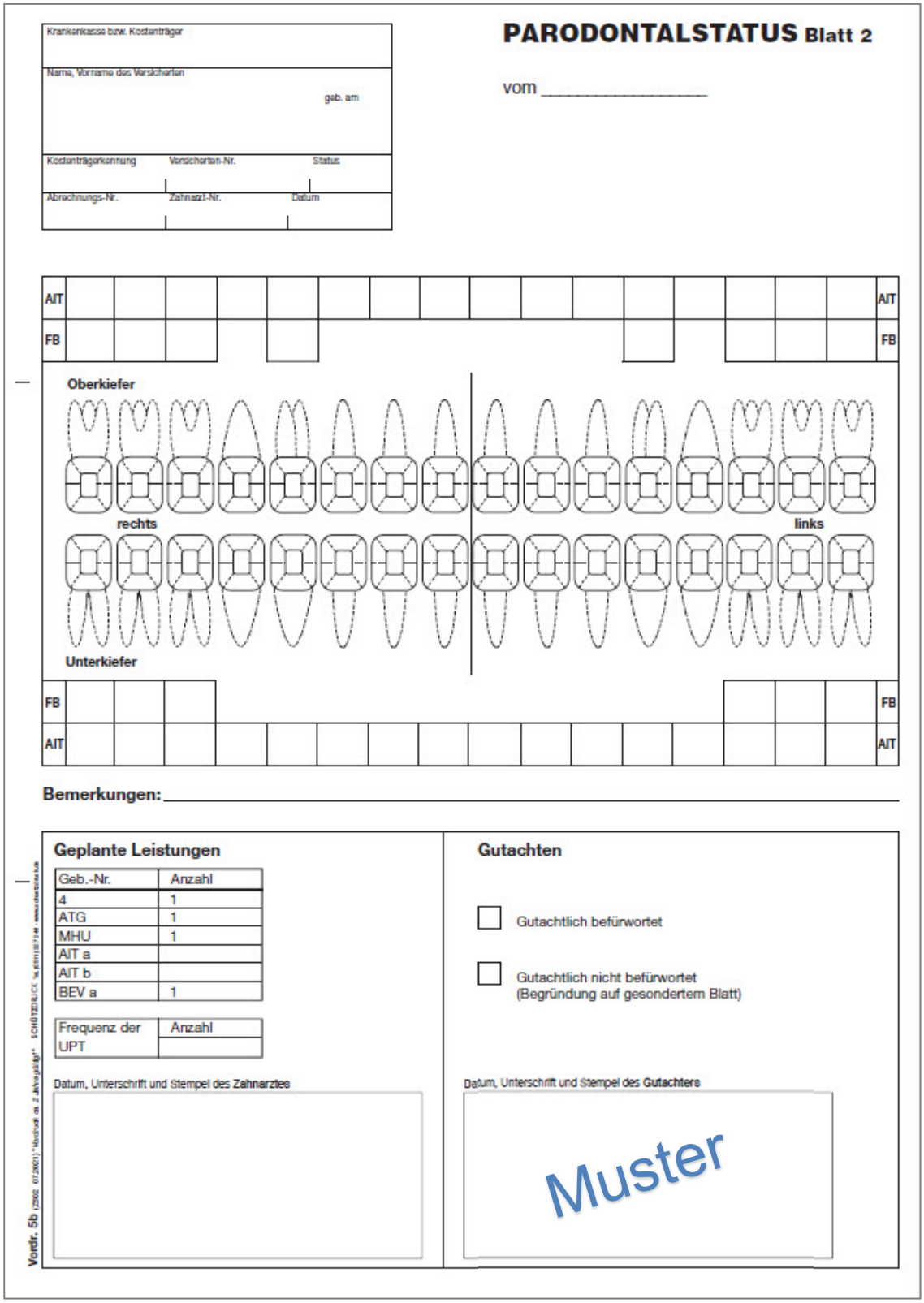
Vordruck 5b: Parodontalstatus Blatt 2

Gültig ab 01.07.2021



Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status

Abrechnungs-Nr. | Zahnarzt-Nr. | Datum

PARODONTALSTATUS Blatt 2

vom _____

AIT | FB

Oberkiefer

rechts | links

Unterkiefer

FB | AIT

Bemerkungen: _____

Geplante Leistungen

Geb.-Nr.	Anzahl
4	1
ATG	1
MHU	1
AIT a	
AIT b	
BEV a	1

Frequenz der UPT	Anzahl

Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

Gutachten

☐ Gutachtlich befürwortet

☐ Gutachtlich nicht befürwortet (Begründung auf gesondertem Blatt)

Datum, Unterschrift und Stempel des Gutachters

Muster

Vordr. 5b

Originalgröße: DIN A 4